Nr 25. Kraków, 23. czerwca 1917. Rok LVI.

Redakcya: Kraków 9 (Łobzów) Telefon 3105.

Administracya: ul. Dunajewskiego 2. Telefon 362.

Konto poczt. Kasy Oszczęd. 813.476.

Rękopisy zwraca się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia. Na rękopisie, czytelnie, po jednej stronie pisanym, należy z góry podać żądaną liczbę odbitek, których koszt oraz koszta klisz ponosi w całości autor.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN URZĘDOWY TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO I TOW. LEK. GALIC., ORGAN ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTWA LEKARZY POLSKICH W KIJOWIE, CHICAGO, DETROIT CZASOWO ORGAN OBU IZB LEKARSKICH GALICYJSKICH

WYDAWANY CZASOWO TAKŻE W ZASTĘPSTWIE

LWOWSKIEGO TYGODNIKA LEKARSKIEGO

ORGANU TOW. LEKARZY GALICYJSKICH I TOW. LEKARSKIEGO LWOWSKIEGO.

CZASOPISMO LEKARSKIE

ORGAN TOWARZ. LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

WYCHODZI CO SOBOTA.

Przedpłatę przyjmują w Krakowie Administracya i księgarnia S. A. Krzyżanowskiego, w Warszawie księgarnie Gebethnera i Wolfa, Wendego i Sp., nadto urzędy pocztowe austryackie i niemieckie.

Ogłoszenia przyjmuje Administracya. Cena ogłoszeń: 30 halerzy za wiersz petitowy lub jego miejsce.

Przedpłata wynosi: kwartalnie 5 kor. $4^1/_2$ marki.

Jeden numer osobno kosztuje 50 hal.

Rok LVI. Kraków, 23. czerwca 1917. Nr 25

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO, TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH, ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTW LEK. POLSK. W KIJOWIE, CHICAGO I DETROIT, CZASOWO ORGAN OBU IZB LEKARSKICH GALICYJSKICH, WYDAWANY CZASOWO TAKŻE W ZASTĘPSTWIE »LWOWSKIEGO TYGODNIKA LEKARSKIEGO« ORGANU TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH I TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO LWOWSKIEGO, ORAZ »CZASOPISMO LEKARSKIE« ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

Redaktor główny: **Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.**

Ze szpitala rezerwowego Galicyjskiego Czerwonego Krzyża we Lwowie (Pawilon II).

Siedemset ran postrzałowych.

Opisał

M. W. Herman.

(Ciąg dalszy).

Więc jakkolwiek najwyżej ceniliśmy zawsze jodoform, balsam peruwiański lub azotan srebra, nie gardziliśmy jednak żadnym innym środkiem przeciwgnilnym. Bywaliśmy bowiem i w takiem położeniu, że za najlepszy uważać musieliśmy ten środek, który w danej chwili mieliśmy pod ręką.

Między innymi stosowaliśmy także terpentynę, zaleconą przez Parego jeszcze w XVI w. do opatrywania ran postrzałowych, w XVII w. nawet popularną między chirurgami wojskowymi, a tuż przed wybuchem obecnej wojny chwaloną przez niektórych ginekologów w pewnych sprawach zakaźnych macicy połogowej. Terpentyna, jako ciało balsamiczne, działa drażniąco na tkanki i zabójczo na bakterye, dzięki zaś swym właściwościom utleniającym działać nawet powinna swoiście na beztlenowce, najważniejsze dla ran bakterye. Wreszcie na zasadzie przypadkowego spostrzeżenia Billrotha, terpentyna uchodzi za środek tamujący krwawienie. Terpentyna, przez nas używana, ujawniła tylko swe własności drażniące, wywołując w każdym przypadku, w którym ją zastosowaliśmy, wysiękowe zapalenie skóry, nie sprawiające zresztą rannym większych przykrości. Własności odkażające niczem się nie zaznaczyły. Nie upieraliśmy się przeto przy terpentynie i rozstaliśmy się z nią bez uczucia zawodu. W ciężkich bowiem zakażeniach wszystkie inne środki przeciwgnilne, mające już ustaloną sławę, również nas zawodziły.

Z tamtej strony frontu zwolennicy chemoterapii zachwalają stałe przemywanie rany płynem Dakina. Wedle Brunnera[4]) płyn ten przyrządza się w sposób następujący: 20 gr. najlepszego suchego chlorku wapnia i 14 gr. krystalicznego węglanu sodowego, rozpuszcza się w 1000 gr. wody i przez 10 minut wstrząsa. Po $1/2$ godzinnem odstaniu się, płyn należy przesączyć i w przejrzystym przesączu rozpuścić 4 gr. kwasu borowego. Ciałem działającem jest tu chlor.

Mniej liczny, jak się zdaje, obóz zwolenników »metod fizyologicznych« przeczy możności odkażenia rany na drodze chemicznej i zaleca »lymphlavage« Wrighta. Ten szeroko znany bakteryolog okłada, przemywa i kąpie rany w 5% rozczynie soli kuchennej z dodatkiem $1/2$% cytrynianu sodu. Hypertoniczny rozczyn soli pobudza tkanki do sączenia obfitego strumienia limfy, wymywającej ze szczelin śródtkankowych bakterye. Cytrynian sodu zapobiega krzepnięciu limfy.

W niektórych przypadkach uporczywie mimo wszystko ropiejących ran, zauważyliśmy korzystny wpływ otwartego leczenia[5]).

Te ogólne uwagi wysnułem głównie z obserwacyi ran postrzałowych kończyn (479 przypadków), stanowiących 67·7% spostrzeżeń tu uwzględnionych, w tem zaś (okrągło) 75% powikłanych uszkodzeniem kości. Istotną treść zatem chirurgii wojennej stanowi chirurgia powikłanych i zakażonych złamań kości kończyn (cf. Tabl. I).

Tablica I.

			czyste	zakażone	przestrzały	ślepe	nieoperowane	operowane	wyleczone	okaleczone	umarło
Postrzały kończyn górnych	proste		21	9	18	12	21	9	24	.	6
	powikłane uszkodzeniem	nerwów	7	.	7	.	7	.	.	7 (?)	.
		naczyń	.	3	3	.	.	3	2	.	1
		ściegien	.	3	3	.	.	3	2	1	.
		stawu barkowego	7	2	7	2	7	2	8	.	1
		» łokciowego	2	5	6	1	2	5	5	1	1
		» nadgarstkowego	4	1	4	1	4	1	5	.	.
		obojczyka	1	2	2	1	2	1	1	.	2
		ramienia	15	20	31	4	21	14	35	6	1
		przedramienia	18	11	28	1	20	9	25	4	.
		kości dłoni	12	6	15	3	14	4	17	1	.
	oderwanie palców		6	6	12	.	10	2	16	2	.
	w sumie		93	68	146	25	108	53	140	22	12
Postrzały kończyn dolnych	proste		60	28	56	32	52	36	86	.	2
	powikłane uszkodz.	nerwów	1	2	2	1	2	1	3	.	.
		naczyń	2	7	8	1	.	9	6	.	3
		stawu biodrowego	.	5	2	3	.	5	3	.	2
		» kolanowego	18	14	26	6	17	15	23	5	4
		» skokowego	1	2	3	.	2	1	2	.	1
		kości udowej	23	69	81	11	21	71	56	4	32
		» goleni	22	37	51	8	30	29	45	8	6
		» stopy	11	13	18	6	16	8	23	1	.
		» rzepki	1	.	.	1	.	1	1	.	.
	oderwanie palców		.	2	2	.	2	.	2	.	.
	w sumie		139	179	249	69	142	176	250	18	50
Ogółem			232	247	395	94	250	229	390	40	62

Typowem uszkodzeniem postrzałowem kości jest jej strzaskanie na wielką ilość drobnych odłamków, zwykle ograniczone do niewielkiej przestrzeni. W pewnych je-

[4]) Handbuch der Wundbehandlung. (Neue deutsche Chirurgie 20 Bd.). Enke, Stuttgart 1916.

[5]) F. Chomicki: O otwartem leczeniu ran. (Przegląd lek. 1917, Nr 23).

dnak przypadkach w przyległych odcinkach kości powstają szczeliny, dosięgające najbliższych stawów. Szczelinami temi szerzyć się może zakażenie z rany postrzałowej na odległy staw. Powikłanie to występować zwykło niekiedy dopiero w kilkanaście dni po postrzale.

Wyjątkowo zdarzały się tunelowe lub rynienkowe postrzały nasad kości długich i kości krótkich.

A raz tylko widziałem, jak pocisk otarł się bokiem o trzon kości udowej, odłupał z jej powierzchni parę długich drzazg kostnych, ciągłości kości jednak nie przerwał.

Nie chcę zapuszczać się w szczegóły dotyczące chirurgii wojennej kończyn. Niektóre bardziej interesujące szczegóły starałem się uwydatnić na Tabl. I., nie mogę jednak tak sumarycznie załatwić się ze strzaskaniami postrzałowymi kości udowej. Gdyby mi bowiem kazano dać jakąś zwięzłą a szczegółową definicyę chirurgii wojennej, nazwałbym ją właśnie chirurgią złamań postrzałowych kości udowej, tyle problemów, ważnych zarówno dla poszkodowanego, jak i dla lekarzy, łączy się z tem uszkodzeniem. Własne w tym kierunku doświadczenie streściłem na dołączonej tu Tabl. II.

Tablica II.

	Udo			Nie operowano		Nacinano		Amputowano	
	prawe	lewe	nienazwane	wyzdrowiał	umarł	wyzdrowiał	umarł	wyzdrowiał	umarł
w górnej $^1/_3$	11	13	2	3	.	12	9	.	3
w środkowej $^1/_3$	6	6	.	3	.	3	4	.	1
w dolnej $^1/_3$	7	6	2	6	.	.	2	1	1
w bliżej nieokreślonej wysokości	19	17	3	11	2	18	9	3	1
Razem	43	42	7	23	2	33	24	4	6

Tablicę powyższą uzupełnić muszę kilkoma szczegółami. W dwóch przypadkach chodziło o równoczesne strzaskanie obu kości udowych, w jednym zaś z nich ten sam pocisk zranił także cewkę moczową. Obaj ranni pomarli. Stosunkowo często, obok strzaskania uda, istniały inne jeszcze obrażenia. Pomijając niewiele znaczące przestrzały niepowikłane części miękkich, wyszczególnić trzeba: 1) wspomniane już powyżej obrażenia cewki moczowej, 2) odmrożenie obu stóp, 3) strzaskanie goleni, ramienia lub przedramienia, 4) ropne zapalenie odpowiedniego stawu biodrowego lub kolanowego, 5) ropny wysięk opłucny, o czem już też powyżej wspomniałem. Najcięższem jednak, a również najczęstszem powikłaniem tych ran było ich 6) zakażenie, zwykle ropne, bardzo rzadko odmowe. Tylko w 23 przypadkach ($25^0/_0$) rany pozostały jałowe. Częściej i groźniej występowało zakażenie w postrzałach górnej $^1/_3$ uda, aniżeli w postrzałach dolnej $^1/_6$. Fakt ten, znany od czasów Pirogowa, nie zaznaczył się tak jaskrawo na Tabl. II., jak w mej pamięci.

Z powikłań wymienionych, najgroźniejszym dla chorego wydaje mi się ropne zapalenie odpowiedniego stawu biodrowego. Wikła ono tylko strzaskanie bardzo wysokie, a skutkiem tego jest bardzo je trudno rozpoznać. Przypuszczać je należy tam, gdzie z rany sączy się niezwykle obfita i płynna wydzielina, co jednak tam tylko się dzieje, gdzie staw komunikuje się z raną.

Przez wczesne wyłuszczenie główki, można i w tem zapaleniu stawu biodrowego, wikłającem strzaskanie, poprawić rokowanie.

Strzaskania kości udowej są niewątpliwie najkłopotliwszem obrażeniem już dla lekarzy stacyi opatrunkowej i zakładu sanitarnego dywizyjnego. W piśmiennictwie bieżącem jest wiele projektów i wzorów na pierwsze opatrunki transportowe dla strzaskań uda. Sama już ich liczba świadczy, że żaden nie odpowiada w zupełności celowi.

Przypominam sobie rannego z bardzo ciężkiem strzaskaniem uda, u którego felczer, widocznie w ostatniej potrzebie, zaimprowizował nie najgorszy opatrunek ustalający z najzwyklejszej ławy wieśniaczej, z której dwie nogi wyjął, dwoma pozostałemi objął od przodu i tyłu miednicę, deską zaś leżącą po bocznej stronie kończyny, unieruchomił złamanie.

Z wyjątkiem dwóch przypadków, w których z powodu przejścia zgorzeli odmowej na tułów, już nic nie było można zrobić i czterech innych, w których z powodu takiejże zgorzeli ograniczonej jednak do najbliższego sąsiedztwa rany, przystąpić należało natychmiast do amputacyi, we wszystkich innych po odpowiedniem opatrzeniu rany, zakładałem zwyczajny opatrunek wyciągający i obciążałem go 15 kilogramami.

W 57 przypadkach poprzestaliśmy na podłużnem rozcięciu wlotu i wylotu postrzału i rozdzieleniu na tępo warstw głębszych, aż do kości.

Przy późniejszych zmianach opatrunków należy ranę dokładnie oglądać i obmacywać i wcześnie usuwać wszystkie obumierające odłamki kostne. Nieraz bowiem stwierdziłem, że odłamki te, pozostawione w ranie, obrastają nowo tworzącą się kością i podtrzymują w nieskończoność sączące przetoki. I nieraz, już po zrośnięciu się złamania, potrzeba było nawet paru zabiegów zanim udało się usunąć wszystkie odsłoje.

Opatrunek wyciągający zwyczajnie dobrze się nam nadawał.

Jedynie przy nizkich postrzałach odłamek obwodowy, pod wpływem mięśni łydki, miał czasami skłonność do odchylania się ku tyłowi. Wtedy od dołu podpieraliśmy go poduszeczką lub deską.

Konsolidacya złamania w przypadkach niezakażonych następowała po 4—6 tygodniach, w przypadkach zakażonych po tyluż miesiącach. A w przypadkach tych zdarzało się niekiedy, że po zdjęciu opatrunku wyciągającego, osiągnięty zrost rozluźniał się z powrotem.

Zrost następował w dobrem osiowo ustawieniu odłamków, ze skróceniem wynoszącem średnio około 2 cm. Wielokrotnie przekonaliśmy się, że skrócenie to nie przeszkadza ani oficerom, ani żołnierzom w powrocie na front.

W bardzo wielu przypadkach (24) nacięcie zakażonej rany, nie zdołało zapobiedz śmierci. Rzadko tylko udawało się nam nakłonić chorych, u których nacięcie pozostało bez skutku, do amputacyi, na którą zresztą nigdy zbyt energicznie nie nastawaliśmy. Stąd wyniki po amputacyi przedstawiają się nieszczególnie. Nie wątpię, że wyniki te byłyby lepsze, gdybym był mniej wstrzemięźliwy w określaniu wskazań do amputacyi. Trudno jednak bez bezwzględnych wskazań decydować się na operacyą okalającą. O ile łatwo jest wyszczególnić wskazania do wczesnej amputacyi, o tyle ogromnie trudno oznaczyć chwilę odpowiednią do amputacyi późnej.

Amputowaliśmy linijnie, tkanki jednak przecinaliśmy warstwowo i najpierw tylko skórę i powięź szeroką, następnie powierzchowną warstwę mięśni głębokich, a w końcu, podciągnąwszy części miękkie, nieco w górę, przepiłowywaliśmy kość.

Gdzie wskazane było wyłuszczenie w biodrze, amputowaliśmy linijnie udo bardzo wysoko (przyczem dwie szpilki od damskich kapeluszy, przekłuwające na krzyż części miękkie uda, zapobiegały zesunięciu się drenu, zaci-

skającego naczynia), a potem po oddzieleniu od krętarzy przyczepów mięśni, ze zewnętrznego cięcia podłużnego, wykręcaliśmy główkę z panewki.

Amputując kończynę zajętą ostrą sprawą zakaźną, posługiwaliśmy się za przykładem wielu chirurgów metodą linijną z trzech przyczyn:

1) Mając konieczną wprawę, wykonać można amputacyę linijną w bardzo krótkim czasie. Lekarze, pracujący ze mną, odjęcie uda wykonywali w 7 minutach, przyczem najwięcej czasu zabierało podwiązanie drobnych naczyń, już po zdjęciu opaski Esmarcha. Tę część operacyi wykonuje się już bez pomocy uśpienia. A ze względu na bardzo lichy stan ogólny chorych, u których zabieg ten wykonywaliśmy, każda minuta miała wielkie znaczenie. 2) Tylko w ranie leżącej na jednej płaszczyźnie niema zaułków, mających, jak wiadomo, ogromne znaczenie dla rozwoju zakażenia. A rana taka powstaje tylko po amputacyi. 3) Kikut, pozostający po amputacyi linijnej, jest dłuższy, niż po amputacyi płatowej, w tych szczególnych warunkach wykonanej. Ze względu zaś na współczesne protezy, długość kikuta jest sprawą ważniejszą, niż siedziba i rozległość blizn na nim.

Gdybyśmy wyjątkowo amputowali nie ze wskazań życiowych, wykonywalibyśmy amputacye płatowe, a nawet osteoplastyczne.

Z 92 chorych ze strzaskaniem uda, zmarło 32, t. j. 34·5%.

To, cośmy powiedzieli o strzaskaniach postrzałowych uda, w zasadzie powtórzyćbyśmy mogli o analogicznych uszkodzeniach innych części kończyn. Cyfry na tabl. I dopowiadają szczegóły.

Niemniej interesujące dla chirurga są postrzały stawów. Pomijając zestawienia cyfrowe, ograniczę się do podania szczegółów, które na uwagę zasługują.

Rany postrzałowe stawów widywałem w dwóch zasadniczo różnych odmianach. W odmianie pierwszej pocisk przechodził przez staw, nie pozostawiając po sobie »grubszych« zmian anatomicznych. Łącząc prostą linią wlot postrzału z wylotem, zauważamy, że bez względu na ustawienie, jakie kończyna w chwili postrzału zajmować mogła, pocisk musiał przejść przez jamę stawu. Mimo to nasady stawowe nie zostały strzaskane, a w torebce stawowej znajdujemy nieduży krwotok. Ponieważ w tych przypadkach rana postrzałowa była jałowa, po założeniu najodpowiedniejszego dla danego stawu opatrunku ustalającego, wysyłaliśmy rannego po kilkudniowej obserwacyi w głąb kraju.

Drugą odmianę postrzałów stawu stanowią przypadki, w których jedna z nasad stawowych uległa strzaskaniu, a szeroki zwykle wylot postrzału łączy bezpośrednio jamę stawu ze światłem zewnętrznem. Na objawy ciężkiego zakażenia, o ile go na razie niema, nie długo przyjdzie nam czekać. W tych przypadkach, nie namyślając się długo, trzeba wypiłować staw. Zabieg, zawsze atypowy ze względu na przeważne, albo i wyłączne zajęcie jednej tylko powierzchni stawowej, powinien być wykonany, jak najdoszczętniej. Rany operacyjnej nie zmniejszać szwem, wszystkie zaułki dokładnie osączkować, a pomiędzy zresekowane powierzchnie kostne zasunąć gazę. Takie opatrunki powtarzać należy dopóty, dopóki cała rana dokładnie nie wypełni się ziarniną. Zanim doszedłem do poznania tej prawdy, wiele doznałem zawodów. Przegląd ostatecznych wyników dał obraz nieco paradoksalny. Najgorsze bowiem wyniki osiągnąłem po resekcyi stawu kolanowego, względnie najlepsze po resekcyi stawu biodrowego. Wyniki po wycięciu stawu barkowego i łokciowego stoją pośrodku.

W przypadku nieudałej resekcyi trzeba odpowiednią część kończyny odjąć.

Z innych obrażeń kończyn nie mogę pominąć postrzałów naczyń i nerwów.

Pomijając przypadki niewątpliwie zdarzające się, w których postrzał naczynia, nawet większego kalibru, pozostaje bez objawów i następstw, widujemy jako skutek zupełnego lub częściowego przerwania ciągłości tętnicy:

1) krwotok śmiertelny,

2) zgorzel części kończyny,

3) krwiaki tętniące, czyli tętniaki rzekome.

Wobec tego, że lekarze na froncie chyba nie zawsze oglądają zwłoki poległych, nie mamy dokładnego pojęcia o częstości krwotoków śmiertelnych. Sądzę jednak, że pesymistyczne poglądy będą bliższe prawdy, niż optymistyczne.

Zgorzel, jako następstwo poprzecznego przerwania naczynia, widziałem co najmniej cztery razy, trzy razy zgorzel przedramienia wzgl. goleni po przestrzale tętnicy ramiennej, wzgl. udowej w $^1/_2$ długości, a raz martwicę mumifikacyjną palców i podeszwy stopy, po przestrzale tętnicy podkolanowej. Niewątpliwie, pierwotne zakażenie rany i w parze z niem idący obrzęk tkanek, przeszkadzają szybkiemu wytworzeniu się krążenia ubocznego i wywołują zgorzel.

W takich przypadkach nie pozostaje oczywiście nic innego, jak odjąć część zgorzelinową, po doczekaniu się — o ile na to pozwolą ogólne objawy zakażenia — demarkacyi.

Więcej zainteresowania budzą tętniaki rzekome. Wśród 700 rannych napotkałem 1 tętniaka tętnicy podobojczykowej, 1 tętniaka tętnicy łokciowej, 1 tętniaka tętnicy promieniowej, 1 tętniaka tętnicy udowej i 3 tętniaki tętnicy podkolanowej. We wszystkich chodziło o bierny przestrzał, a otwór znajdował się zawsze po stronie, zwróconej ku kości. Zdaje się przeto, że taka właśnie siedziba uszkodzenia ściany usposabia do wytworzenia się tętniaka.

Tętniak tętnicy podobojczykowej prawej tak wysoko zachodził na szyję, że przypuszczałem raczej tętniaka tętnicy szyjnej wspólnej. Odsłoniłem ją przeto zwyczajnem cięciem wzdłuż mięśnia mostkowosutkowoobojczykowego. Przekonawszy się, że tętniak nie dotyczył tętnicy szyjnej wspólnej, dodałem drugie cięcie wzdłuż obojczyka; po odcięciu przyczepów m. mostkowosutkowoobojczykowego zeszedłem na tętnicę bezimienną, a z niej na tętnicę podobojczykową. Stwierdziwszy, że ona jest źródłem tętniaka, podwiązałem ją tuż przy tętnicy bezimiennej, poczem bez obawy otworzyłem krwiak i z łatwością odszukałem otwór w tętnicy, w tem właśnie miejscu, gdzie się ona krzyżuje z żebrem. Żebro było strzaskane. Operowany w kilka dni później umarł wśród objawów zakażenia septycznego. Odpowiednia kończyna jednak nie okazywała najmniejszych zmian chorobowych, ani anatomicznych, ani czynnościowych.

W tym samym mniej więcej czasie wyłuszczyłem sutek zrakowaciały. W kilka dni po operacyi wystąpił u operowanej gwałtowny krwotok, prawdopodobnie z tętnicy piersiowej biernej lub piersiowogrzbietowej. Przypadkowo byłem w tej chwili przy chorej i podwiązałem tętnicę pachową. W tym również przypadku nie wystąpiły żadne zaburzenia w odpowiedniej kończynie.

Wogóle nikt się nie liczy z ewentualnością zgorzeli kończyny po podwiązaniu tętnicy podobojczykowej [6]). Zapobiegają jej liczne zespolenia naczyniowe, i to w różnej wysokości. Do najwydatniejszych i prawie stałych należą: zespolenie tętnicy sutkowej wewnętrznej przez tętnice nadbrzuszne górną i dolną z tętnicą biodrową zewnętrzną; zespolenie tętnicy poprzecznej z tętnicą okalającą łopatkę; zespolenie obu tętnic tarczowych dolnych i t. d.

Również bez zmian w odżywieniu podwiązałem tętnicę łokciową, promieniową i trzy razy podkolanową.

Jedynie po wysokiem podwiązaniu tętnicy udowej nastąpiła zgorzel kończyny, dochodząca do połowy uda. Mu-

[6]) L. Rydygier. Przegl. lek. 1917, Nr 4.

siałem następowo kończynę amputować w udzie cięciem owalnem. Chory wyzdrowiał.

Tętniaki rzekome operowałem znanym sposobem Kikuriego. Zabieg ten, wykonany w odpowiednim czasie, t. j. jak gałązki zespalające już się dostatecznie rozszerzyły, zapewnia n a o g ó ł równie dobry wynik anatomiczny, jak i najbardziej udały szew naczyniowy. Przyznają to i najgorętsi zwolennicy szwu naczyniowego, dodają jednak równocześnie, że po podwiązaniu naczynia pozostaje niewydolność ruchowa kończyny. Trudno uwierzyć, aby niewydolność ta, o ile rzeczywiście jest regułą, była zjawiskiem trwałem, zauważonoby ją bowiem już dawniej, metodę Kikuriego stosowano już bowiem w wojnie japońsko-rosyjskiej, potem w wojnach bałkańskich, a żaden z chirurgów nie zauważył tej ujemnej strony. Swoich zaś chorych pozbywać się musiałem, zanim jeszcze odważyć się można było na funkcyonalne obciążenie kończyny operowanej.

Na podstawie tego, co doświadczyłem i widziałem, i na podstawie ogólnego wrażenia z dotychczasowej literatury, mniemam, że w k a ż d y m p r z y p a d k u k r w i a k a t ę t n i ą c e g o p o p o s t r z a l e t ę t n i c y, p o d w i ą z a n i e n a c z y n i a s p o s o b e m K i k u r i e g o, w y k o n a n e w k i l k a d n i p o z a u w a ż e n i u o b j a w ó w t ę t n i a k a, p o z o s t a n i e m e t o d ą z w y b o r u.

Jedynie w przypadku uszkodzenia tętnicy udowej pomiędzy tętnicą nabrzuszną dolną, a tętnicą udową głęboką, o ile nie uda się stwierdzić objawu Henle-Coenena, wskazany jest szew naczyniowy.

L. Rydygier[7]) nie entuzyazmuje się również szwem naczyniowym.

Jamy, pozostałej po zoperowaniu tętniaka wspomnianą metodą, nie powinno zmniejszać się szwem. Wiadomo bowiem, że tętniaki urazowe mają wielką skłonność do spraw septycznych. Skutkiem takiej bardzo ostrej sprawy straciłem jednego chorego z tętniakiem tętnicy podkolanowej.

(Dokończenie nastąpi).

Z kliniki lekarskiej Uniwersytetu lwowskiego.

Uwagi nad t. zw. zapaleniem wrzodziejącem kiszki grubej

(Colitis ulcerosa, Colitis gravis, Colitis chronica purulenta) i stosunkiem tego cierpienia do czerwonki (dysenteria)

podał

Antoni Gluziński.

(Dokończenie).

A j e d n a k p r z y p a d e k t e n m i m o n i e m o ż n o ś c i w y k a z a n i a w s t o l c a c h i w t r e ś c i w z i ę t e j z d n a o w r z o d z e ń s w o i s t y c h z a r a z k ó w c z e r w o n k i n i e b y ł n i c z e m i n n e m, j a k c z e r w o n k ą (a nie wrzodziejącem zapaleniem okrężnicy o nieznanej etyologicznie podstawie), jak to niżej wykażę. Idąc za wskazówką prof. Kučery i Dr Gąsiorowskiego, opartą na doświadczeniu, że ujemny wynik bakteryologiczny w stolcach nie wyłącza czerwonki i że w takich przypadkach należy przeprowadzić badania krwi na skalę aglutynacyi rozmaitych szczepów prątka dysenterycznego, by wątpliwość rozjaśnić prosiłem Zakład higieny, który posiadał hodowle prątka dysenterycznego z licznych przypadków i rozmaitych epidemii, o przeprowadzenie badań aglutynacyi i u naszej chorej. Otrzymany wynik badania, które przeprowadził w Zakładzie higieny naszego Uniwersytetu Dr N. Gąsiorowski, za co mu tutaj składam podziękę, opiewał następująco:

Odczyn aglutynacyjny ze surowicą Maryi M., l. 23 liczącej, przesłaną z kliniki chorób wewnętrznych Uniwersytetu lwowskiego, a prątkami czerwonkowymi typu Shiga-Kruse i odmianami typu Flexnerowskiego (według Krusego prątkami pseudoczerwonkowymi) przedstawiał się następująco:

Szczepy			1/50	1/100	1/150	1/200	1/250	1/300	1/400	1/500
Typ Shiga Kruse			—	—	—	—	—	—	—	—
Typ Flexnera	Pseudodysenteria A	(Łabędzka	—	—	—	—	—	—	—	—
		(Lentz	—	—	—	—	—	—	—	—
	» B	Flexner amer.	—	—	—	—	—	—	—	—
	» D	(Bojko	—	—	—	—	—	—	—	—
		Tymkowicz	±	—	—	—	—	—	—	—
		(D-Kruse	—	—	—	—	—	—	—	—
	»	Kleszcz	+	±	—	—	—	—	—	—
	»	E Potrz.	++	++	±	—	—	—	—	—
	»	Kimmel	++	++	++	—	—	—	—	—

— = aglutynacya ujemna;
± = » zaznaczona;
+ = » wyraźna;
++ = » zupełna;
A, B, D, E = oznaczenie grup bac. pseudodysenteriae (Flexnera) według Krusego.

Wszystkie próby kontrolne wypadły ujemnie.

Surowica badana zachowuje się obojętnie wobec prątków czerwonkowych typu Shiga-Kruse.

Z prątków czerwonkowych typu Flexnerowskiego surowica ta aglutynuje odmianę »Kleszcz« w rozcieńczeniu 1:50. Wobec innych odmian typu Flexnera (według nomenklatury i podziału Krusego wobec pseudodysenteryi A, B, D) surowica badana zachowuje się obojętnie. Ponieważ miano aglutynacyjne ze szczepem »Kimmel« dochodzi do wysokości 1:150, przy którem to rozcieńczeniu — jak doświadczenie poucza — surowica pobrana z osoby, która nie przebyła czerwonki, nie daje już nigdy dodatniego odczynu aglutynacyjnego, należy aglutynacyjne zachowanie się badanej surowicy wobec szczepu »Kimmel« uważać za swoiste. Surowica więc ta pochodzi z osoby, która przebyła czerwonkę, wywołaną prątkami czerwonkowymi typu Flexnera, należącymi, względnie zbliżonymi, do odmiany »Kimmel«. W końcu należy zaznaczyć, że odmianę »Kimmel« tworzy grupa prątków czerwonkowych rzadko spotykanych.

Jestto szczep wyosobniony w przypadku czerwonki w zakładzie dla umysłowo chorych w Kulparkowie[6]). Wykazuje on brak ruchów, daje kolonie o typowym wyglądzie prątków czerwonkowych, nie fermentuje cukru mlecznego ani trzcinowego, zakwasza energicznie oraz ścina pożywkę Barsiekowa z cukrem gronowym wzgl. mannitem wzgl. maltozą, nię wytwarzając jednak gazów. Zachowanie się więc szczepu »Kimmel« na pożywkach, każe nam zaliczyć prątka tego do dużej rodziny prątków czerwonkowych i to — jak wskazuje zakwaszenie mannitu i maltozy, do grupy nazwanej przez jednych prątkiem Flexnera, przez Krusego zaś bac. pseudodysenteriae. Od prątka Shigi-Krusego wyróżnia go zakwaszenie mannitu oraz maltozy, zaś od bac. Y (zaliczanego przez Krusego również do bac. pseudodysenteriae) zakwaszenie maltozy.

Pod względem aglutynacyjnym szczep »Kimmel« — jak to wykazały wszechstronne badania zapomocą surowic wielowartościowych przeprowadzone w Zakładzie higieny przez Dr Gąsiorowskiego, o których mowa będzie w specyalnej pracy nad prątkami czerwonkowymi — stanowi w grupie pseudodysenteryi zupełnie osobną odmianę równorzędną z całym szeregiem od-

[7]) Przegl. lek. 1917, Nr 1.

[6]) Referat Gąsiorowskiego-Kucery-Rudzkiego na I. Zjeździe intern. polskich w Krakowie.

mian, zakreślonych w grupie pseudodysenteryi już poprzednio przez Krusego [3])«.

A więc przypadek nasz, zupełnie identyczny z przypadkami, ogłoszonymi dotąd przez Boasa, Rosenheima, Schmidta i t. d., który na podstawie, uznanej przez nich, że w stolcach i w owrzodzeniach nie można było wykazać swoistych prątków dla czerwonki figurowałby i potwierdzałby istnienie osobnej jednostki chorobowej: »Colitis gravis ulcerosa« — nie był niczem innem, jak ciężką przewlekłą czerwonką. Przypadek nasz każe odnosić się z wielkim sceptycyzmem do dotychczasowych spostrzeżeń, które ogłoszono jako odrębną postać chorobową (Colitis gravis ulcerosa) na tej podstawie, że w stolcach tych przypadków nie wykazano swoistych dla czerwonki prątków. Ta podstawa wystarczyć nie może. Dziś przecież wiadomo ogólnie, że metody wykazywania prątków czerwonkowych w stolcach chorych daleko nie dorównują sposobom wyhodowania swoistych bakteryi w cholerze i durze brzusznym. Wszak nawet w przypadkach typowej ostrej czerwonki odsetek dodatnich wyników badań bakteryologicznych waha się około 50%, a w przypadkach czerwonki przewlekłej można uważać wynik dodatni wprost za traf! Przypadki te przy ujemnym wyniku badania stolców muszą być badane co do aglutynacyi w sposób taki, jak nasz przypadek, czego w dotychczasowych spostrzeżeniach nie robiono, a ponieważ tego nie robiono, niema się prawa uważać ich za odrębną postać chorobową, niema się prawa tworzyć nowej postaci, przynajmniej dopóty, pókiby badania, we wskazany sposób przeprowadzone, nie pouczyły czego innego. W czasie toczącej się wojny epidemie czerwonki nieposlednie zajmują miejsce i przypadki, podobne do naszego, nie będą wyjątkami. — Pole do badań gotowe; ma to niepoślednie znaczenie i dla leczenia tych przypadków i dla roznoszenia zarazków.

Co do leczenia naszego przypadku jeszcze uwag kilka. Leczenie miejscowe (lewatywami oczyszczającemi i ściągającemi), odkażanie przewodu pokarmowego (kalomel, przetwory salicylowe, ol. ricini) nie wywierały żadnego skutku. Poronienie sztuczne, dokonane w tak ciężkim stanie chorej, bo wśród objawów ogólnego niejako zakażenia (sepsis) mimo bezpośredniego pogorszenia stanu chorej, mamy przekonanie, że było konieczne i że bez niego, przy rozwijającej się ciąży, nie osiągnęlibyśmy pomyślnego zwrotu. Na pomyślny ten zwrot obok sztucznego poronienia, troskliwej opieki, wpłynęło może i zastosowanie erytrargolu w dawkach przytoczonych, a nie obojętną było rzeczą — takie odnieśliśmy wrażenie — zastosowanie szczepionki z prątka okrężnicy, wyhodowanego z dna owrzodzeń.

Skuteczność szczepionki przyrządzonej z prątka okrężnicy na pierwszy rzut oka mogłaby się wydawać sprzeczną z przyczynowem pojęciem choroby, jako przewlekłej czerwonki. Niemniej jednak pozostaje ono w zupełnej zgodzie z dotychczasowemi zapatrywaniami teoretycznemi, jakoteż z wynikami praktycznymi, zebranymi w innych chorobach zakaźnych, jak to wynika z następującego przedstawienia:

Wiemy, że chcąc ochronić człowieka zapomocą szczepionki przed pewną chorobą zakaźną n. p. durem brzusznym (działanie zapobiegawcze szczepionek) lub chcąc wpłynąć zapomocą szczepionki na chorobę już się toczącą (działanie lecznicze szczepionek) najpewniejszy skutek osiągamy zapomocą szczepionki swoistej, t. j. przyrządzonej w danym przypadku z prątka duru brzusznego. Stosując tę właśnie szczepionkę, mamy pewność, że wywołujemy w ustroju człowieka szczepionego wytwarzanie się ciał ochronnych (bakteryolizyn, opsonin) swoistych, t. j. ściśle zastosowanych do zarazka tyfusowego. Wiemy jednak dalej, że pewna, nieraz nawet znaczna ilość takich ciał ochronnych, dostosowanych do prątka durowego, może pojawić się w ustroju i po wstrzyknięciu nie samych prątków durowych, lecz drobnoustrojów pokrewnych, n. p. prątków duru wrzekomego (b. paratyphi) lub nawet prątków okrężnicy (b. coli) i że pojawia się w danym przypadku tych ciał tem więcej, im prątek użyty do przyrządzania szczepionki jest bliższym zarazka. przeciw któremu mamy zamiar ustrój uodpornić. Za daleko odbieglibyśmy od tematu, gdyby chcieć tłómaczyć tutaj istotę tego zjawiska, mającego swoje źródło w podobnej budowie drobin białka (t. zw. chwytników czyli receptorów) u pewnych bakteryi; dla naszego celu wystarcza samo stwierdzenie faktu, ze pewien stopień odporności przeciw danemu zarazkowi można nadać ustrojowi ludzkiemu nietylko przez szczepionkę ściśle swoistą, lecz i przez szczepionkę, sporządzoną z bakteryi pokrewnych. A właśnie między prątkami czerwonkowymi prątek typu »Kimmel« lub jego blizki krewny — sądząc z podanego wyżej wyniku aglutynacyi — był powodem opisanego w naszym przypadku schorzenia, a stoi on w szeregu odmian prątków czerwonkowych najbliżej prątka okrężnicy. Widzimy to bardzo ładnie na pożywkach, na których, jak to wyżej podano, objawia szczep »Kimmel« z jednej strony niewątpliwą swą przynależność do prątków czerwonkowych, z drugiej strony jednak silnie występujący odczyn indolowy w wodzie peptonowej, o wiele energiczniejsze zaczerwienienie oraz rychlej występujący skrzep w pożywkach Barsiekowa z glikozą wzgl. mannitem lub maltozą, niż to stwierdzamy u innych odmian prątków pseudodysenteryi, świadczą o daleko bliższem pokrewieństwie szczepu »Kimmel« do prątka okrężnicy, niż pokrewieństwo, jakie wykazują n. p. typowy prątek Flexnera lub prątek Y, nie mówiąc wcale o prątku Shiga-Krusego. Na tej podstawie zrozumiemy więc, że tak, jak z jednej strony zupełnie dopuszczalnem jest odnosić poprawę, zauważoną w przebiegu opisanego przypadku, do zastosowania szczepionki z prątka okrężnicy, tak znów z drugiej strony takie przypuszczenie pozostaje w zupełnej zgodzie z zasadniczem pojęciem danego cierpienia, jako zakażenia czerwonkowego.

Zapewne, że racyonalniejsze byłoby wytworzenie dla celów leczniczych w naszym przypadku szczepionki ze szczepu »Kimmel« i tak bylibyśmy postąpili, gdybyśmy nie uprzedzeni dotychczasowymi spostrzeżeniami i nie opierając się na samem bakteryologicznem badaniu stolców i treści z dna owrzodzeń, wcześniej przeprowadzili badanie krwi co do aglutynacyi.

Badanie też krwi co do miana aglutynacyjnego wobec rozmaitych szczepów czerwonki w przypadkach takich, jak nasz i wiele ogłoszonych, jako »Colitis gravis ulcerosa«, ma dwa cele przed sobą:

1) stwierdzenie, że to są przecież przypadki czerwonki i wykrycie przynajmniej zbliżonego gatunku, który wywołał sprawę chorobową;

2) wytworzenie dla celów leczniczych z prątka, dającego najwyższe miano aglutynacyjne, odpowiednich szczepionek, które w podobnych przypadkach, o tak ciężkim przebiegu, mogą wywrzeć skutek pomyślny.

---

[3]) Kruse, Rittershaus, Kemp und Metz. Zeitschrift f. Hygiene 57. 1907.

Sprawy Towarzystw naukowych.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie 21. lutego 1917.

Przewodniczy prezes Ciechanowski. Obecnych członków 30.

Przed przystąpieniem do porządku dziennego prezes Ciechanowski poświęca gorące wspomnienie zgasłemu członkowi,

ś. p. prof. Dr Stanisławowi Dobrowolskiemu, byłemu prezesowi Towarzystwa w r. 1909. Przemówienia prezesa wysłuchali obecni stojąc.

1) Kol. Borowiecki przedstawił a) chorego **z kanałem postrzałowym** idącym niewątpliwie przez **rdzeń przedłużony z objawami porażenia lewostronnego krtani,** porażenia zanikowego lewej połowy języka, prawostronnego porażenia kurczowego twarzy, ręki i nogi, oraz z zespołem objawów afatycznych (afazya motoryczna, sensoryczna, agrafia). Obraz ten, który każe przypuścić poza rdzeniem przedłużonym drugie ognisko w okolicy ośrodków mowy lewej półkuli mózgu, ilustruje wpływ postrzału na części mózgu, nieuszkodzone bezpośrednio (działanie boczne rozsadzające pocisku, odłamki kostne itd.)

b) Dalej przedstawił kol. B. chorą na **tężyczkę,** powstałą po **usunięciu gruczołu tarczowego** ze zwykłymi objawami kurczów tonicznych w rękach, objawami Chwostka, Trousseau i Erba, a nadto objawami kurczu głośni, drgawek padaczkowatych, zniesieniem odruchów źrenicznych na światło i akomodacyę, oraz zaćmą miękką.

c) Wreszcie przedstawił kol. B. chorego od dzieciństwa z objawami **drżenia kończyn dolnych i tułowia,** współruchami i drobnymi ruchami, przypominającymi atetozę w rękach, oraz drgawkami myoklonicznemi w stopach i palcach. Sięgając poza rozpoznanie objawowe, przypuszczaćby można ze względu na współruchy i ruchy, przypominające atetozę w rękach, sprawę zapalną opon i mózgu, przebytą w dzieciństwie. Przypadek ten przedstawiałby w takim razie przykład polimorfizmu objawów ruchowych w stanach zapalnych mózgu i opon (Schultze, Flatau, Sterling i inni), a myoklonia w nim spostrzegana byłaby objawową. Z drugiej strony jednak można z pewnem prawdopodobieństwem przypuścić, że mamy tu t. zw. paramyoclonus multiplex czyli **myoklonię,** jako cierpienie samoistne, skombinowane z drżeniem, współruchami oraz ruchami, przypominającymi atetozę. Jak wiadomo, wyodrębnienie myoklonii od innych cierpień układu nerwowego nastręcza dotychczas bardzo wielkie trudności.

W ożywionej dyskusyi zabierali głos koledzy: prof. Nowotny, Spira, Blassberg, prof. Ciechanowski, prof. Majewski, poczem kol. Borowiecki udzielał wyjaśnień.

2) Kol. Leonard Bier wygłosił wykład: **Mąka, a chleb wojenny** (Rzecz będzie w całości ogłoszona drukiem).

W dyskusyi kol. Ciechanowski zwraca uwagę na praktyczną doniosłość badań kol. Biera, które rzucają światło na częste przypadki zaburzeń trawienia, powstających bez wyraźnej przyczyny, przy napozór zupełnie dobrem pożywieniu, w szczególności przy używaniu napozór nienagannego pieczywa. Zarazem wprowadził kol. Bier na porządek dzienny bardzo ważną społecznohigieniczną sprawę wyżywienia ludności, którąby powinno się Towarzystwo zająć ze stanowiska lekarskiego ze względu na szkody, zagrażające zdrowiu publicznemu przez niedostateczną ilość i nieodpowiednią jakość żywności.

Dla rozpatrzenia tej sprawy wybrano komisyę, do której weszli koledzy: Bier, Ciechanowski, Nitsch i Służewski.

Po posiedzeniu pod przewodnictwem kierownika zakładu, kol. Biera, zwiedzono szczegółowo Zakład dla badania środków spożywczych, który tuż przed wybuchem wojny został według planów kol. Biera rozmieszczony w nowym lokalu i odpowiednio urządzony.

Zastępca sekretarza: Dr Michejda.

Posiedzenie dnia 28. lutego 1917.

Przewodniczy: prezes kol. Ciechanowski. Obecnych członków 30.

1) Kol. Rosenhauch przedstawia a) rzadki przypadek **mięsaka barwikowego tęczówki** i omawia symptomatologię, rozpoznanie i leczenie tej sprawy chorobowej.

W dyskusyi zabierali głos koledzy Ciechanowski, Kleczkowski i prelegent.

b) Dwa przypadki **skojarzonych porażeń mięśni ocznych** na stronę prawą na tle histerycznem po urazach, które same przez się nie tłómaczą tych zmian. Oba przypadki są wyleczone psychoterapią, jeden przy użyciu prądu faradycznego, drugi zapowiedzią zabiegu operacyjnego.

W dyskusyi zabierali głos: kol. Birnbaum, kol. prof. Majewski, który nie wyklucza w tych przypadkach symulacyi, i prelegent.

c) Chorego, z blizną twardówki, częściowym brakiem tęczówki (coloboma iridis) i brakiem soczewki, zmianami zatem takiemi, jakie spotykamy po usunięciu operacyjnem zaćmy, wywołanemi w przedstawionym przypadku przez **uderzenie kopytem** końskiem. Zapomocą odpowiednich szkieł wypukłych można bystrość wzroku u chorego podnieść prawie do stanu prawidłowego.

W dyskusyi a) kol. Kleczkowski opisuje podobny przypadek, spostrzegany w klinice okulistycznej, w którym zmiany tesame wywołane zostały przez uderzenie rogiem krowy.

b) Kol. prof. Majewski zaznacza, że o »leczniczym« wpływie uderzenia w podobnych przypadkach można tylko wówczas mówić, gdy dotyczą one ludzi ze zaćmioną soczewką. Niemniej jednak los takich oczu jest na dalszą przyszłość bardzo niepewny.

2) Kol. Dr Walter wygłosił wykład: **W sprawie rokowania i leczenia wiewióra u kobiet.** (Rzecz ogłoszona drukiem w »Przeglądzie lekarskim«).

Dyskusya: a) kol. Wojciechowski: Ostre przypadki wiewióra u kobiet powinny być leczone wyczekująco: leżeniem ew. podawaniem środków moczopędnych i nic więcej. Leczenia miejscowego w tym okresie należy unikać, a zwłaszcza ostrzega mowca przed wstrzykiwaniem rozczynów przeciwgnilnych do szyjki, a tem bardziej do jamy macicy, gdyż jest to sposób, wiodący najczęściej do zakażenia wewnętrznych części narządu rodnego kobiety.

b) Kol. prof. Rosner: Leczenie miejscowe w ostrym okresie nie wiedzie do celu, gdyż z jednej strony przypadki te nie leczą się prędzej, z drugiej strony wszelkie zabiegi miejscowe wiodą do okaleczeń zmienionej zapalnie błony śluzowej. Z tego powodu w okresie ostrego wiewióra poleca mowca swym chorym leżenie kilkutygodniowe i nic więcej. Czasami samo to wystarczy już do zupełnego wyleczenia. W każdym razie uzyskuje się w ten sposób ustąpienie ostrych objawów, poczem dopiero jest czas na leczenie miejscowe. Jeśli już zajęta jest szyjka macicy, to przedewszystkiem dążyć należy do tego, by nie dopuścić do zajęcia części rodnych wyżej położonych. Z tego powodu bezwzględnie unikać trzeba wstrzykiwań płynów przeciwgnilnych do szyjki pod ciśnieniem, gdyż grozi to zajęciem przydatków. A objawia się ono nie wtenczas, gdy właściwie następuje, ale wtenczas, gdy zajęta zostaje otrzewna, więc dość późno. Nawet badania wewnętrznego unika mowca z tych powodów przy świeżym wiewiórze. Dopiero po 2—3 miesiącach przystępuje bardzo ostrożnie do miejscowego leczenia szyjki, przyczem unika jeszcze okresu przedmiesiączkowego, tak że na tydzień przed oczekiwaną miesiączką już przerywa leczenie miejscowe. Pytania, czy kobieta jest wyleczona, nie rozstrzyga stanowczo ujemny wynik badania bakteryologicznego. Lepszym znacznie dowodem jest śluzoropotok u noworodków i ascenzya gonokoków po porodzie, występująca często u kobiet, u których badanie mikroskopowe, kilkakrotnie powtarzane, stale wypadało ujemnie. Radykalniej, niż prelegent, leczy mowca gruczoły Bartholiniego; jeżeli postępowanie zachowawcze nieprędko wiedzie do celu, to mowca wycina gruczoły, gdyż nie spodziewa się dobrego wyniku od wstrzykiwań do zbyt cienkiego i krętego przewodu gruczołowego. Wiewiór przewodu okołocewkowego leczy mowca elektrokauterem. Wiewiór u młodych dziewcząt jest uporczywszy, niż u dorosłych, mowca spostrzegał jednak często samorodne leczenie się wiewióra w okresie dorastania.

c) Kol. prof. Krzyształowicz: Przy ostrym wiewiórze cewki u kobiet zaleca tylko spokój i odsyła chore do ginekologów. U kobiet jednak publicznych chodzi więcej o to, by leczyć nietylko dobrze, ale i prędko. Z tego powodu uzasadnione jest stanowisko prelegenta, który rozporządza tym właśnie materyałem. Prostytutki mają najczęściej wiewiór przewlekły, usadowiony w gruczołach Bartholiniego i przewodach okołocewkowych; operacyjne leczenie wspomnianych gruczołów jest wobec tego i wobec trudności leczenia zachowawczego wskazane; niestety u mężczyzny nie można postąpić z gruczołem krokowym tak, jak u kobiety z gruczołami Bartholiniego. Stwierdzenie, czy osoba, która przechodziła wiewiór, jest wyleczona, czy nie, jest zarówno u kobiet, jak i u mężczyzn, niemożliwe. Ujemne badanie mikroskopowe nie dowodzi niczego więcej, jak tylko tego, że dwoinek wiewiórowych nie znaleziono, ale nigdy, że badana osoba jest zupełnie zdrowa.

d) Kol. Kleczkowski zapytuje o wyniki leczenia wiewióra podanemi przez Nicola szczepionkami osłabionych hodowli dwoinek. Klinika okulistyczna miała przy stosowaniu tych szczepionek w przypadkach śluzoropotoku u dzieci wyniki dobre, niestety jednak doświadczenia kliniki w tym kierunku nie były czyste, gdyż ze względu na powagę schorzenia zawsze obok leczenia »swoistego« nie zaniedbywano zwykłego leczenia miejscowego. Zauważono jednak przytem bardzo znaczne skrócenie okresu

leczenia. Później leczenie miejscowe ograniczono do przepłukiwań worka spojówkowego obojętnymi rozczynami, ale też wyniki wówczas nie były już tak dobre.

e) Kol. prof. Braun: Wiewiór zewnętrzny u kobiety, zajmujący cewkę, pochwę, szyjkę maciczną i odbytnicę jest uleczalny natomiast wiewiór wewnętrzny, obejmujący trzon macicy i przydatki, jest nieuleczalny.

f) Kol. Walter udzielając wyjaśnień podnosi, że szczepionki wartości leczniczej nie mają, a tylko rozpoznawczą.

zast. sekretarza Dr Michejda.

Posiedzenie dnia 7. marca 1917.

Przewodniczy prezes kol. Ciechanowski. Obecnych członków 32.

1) Przed przystąpieniem do porządku dziennego odczytuje prezes zaproszenie Krajowego Komitetu opieki nad inwalidami wojennymi, na otwarcie wystawy prac i robót, wykonanych przez inwalidów z działu przemysłu domowego.

2) Po odczytaniu i przyjęciu protokółu prezes wita gości, kolegów Wodnieckiego i Motykę.

3) Kol. Nowaczyński przedstawia przypadek **polyserositis acuta**, który rozpoczął się nagle, a w którym przyszło kolejno do zajęcia wszystkich błon surowiczych, to jest obu opłucnych, osierdzia i otrzewnej, przy zmniejszonej znacznie ilości moczu i odczynie Pirqueta ujemnym. Niemniej jednak przyroda gruźlicza tego cierpienia jest prawdopodobna, za czem w danym przypadku przemawiają zmiany gruźlicze na skórze. Leczono chorego podawaniem środków moczopędnych, później nakłuciem osierdzia (wydobyto 860 cm^3 płynu) i obu opłucnych poczem nastąpiła znaczna poprawa. Prelegent omawia szczegółowo technikę nakłucia osierdzia, przy którem unikać należy zranienia serca, naczyń sutkowych i opłucnej. Z tego powodu poleca nakłucie przy lewym brzegu mostka na wewnątrz od naczyń sutkowych, albo w 5 lub 6 międzyżebrzu w linii sutkowej.

Dyskusyę, do której zgłosił się kol. Braun i Kader, odłożono na następne posiedzenie.

4) Kol. Rosner przedstawia 18-letnią chorą **z makromastyą prawostronną**, powstałą w kilku ostatnich miesiącach. Etyologia tej sprawy jest ciemna. Pod względem leczniczym należałoby starać się o wywołanie zaniku przez podwiązanie tętnic doprowadzających krew do sutka, tj. tętnicy sutkowej wewn. i nabrzusznej. Niewykluczona jednak jest amputacya. W przypadku podobnym, spostrzeganym przed laty, badanie histologiczne wykazało prawidłowe utkanie sutka.

Dyskusyę, do której zgłosił się kol. Wojciechowski i Engländer odłożono.

5) Kol. Schanzenbach przedstawia przypadek **mikrotyi** i omawia jego embryologiczne podstawy.

6) Kol. Steinberg: **Z dziedziny leczenia złamań szczęki** (z przedstawieniem chorych, modeli i przeźroczy).

Prelegent zaznacza podobieństwo warunków przy zabiegach ortopedycznych na szczęce dziecięcej i przy złamaniach szczęki. Doświadczony ortopeda jest zwykle panem sytuacyi, a chory nie jest przedmiotem doświadczenia. Mowca zaznacza z całym naciskiem, że każda metoda wiedzie do celu, tylko nie do tak pewnego, jaki doświadczony ortopeda może osiągnąć. Głównym celem, do którego tutaj należy dążyć, jest nietylko ustalenie złamanych części szczęki i zapewnienie tego ustalenia podczas jej czynności fizyologicznych, lecz także przywrócenie tych wszystkich czynników, które współdziałają przy czynności prawidłowej. Za te czynniki uważa prelegent mięśnie języka, twarzy, szczęki i warg, następnie ciśnienie ujemne w jamie ustnej i kształt poszczególnych zębów. Następnie po omówieniu znaczenia poszczególnych tych czynników i ich wpływu na cały rozwój ciała, poleca zwracanie uwagi przy leczeniu złamań szczęki na cały ten kompleks, a nie tylko na kości szczęki. Metody leczenia dawniejsze można podzielić na 3 grupy. We wszystkich tych grupach powtarza się w rozmaitych odmianach przedewszystkiem ta dążność, by odłamkom kostnym przywrócić dawne po-

łożenie, i to się zwykle udaje. Lecz przy wszystkich tych aparatach, których wykonanie jest dość trudne, nie ma się wolnego dostępu do rany, której każdej chwili bez poruszenia całości tknąć nie można, przez co bardzo jest utrudnione jej leczenie antyseptyczne. Wszystkie te dawniej używane aparaty cechuje pewien sztywny mechanizm, który nie pozwala naśladować ani zastąpić utraconych fizyologicznych czynników. Na tem polega zasadnicza różnica między dawniejszem leczeniem, a dzisiejszem ortodentystycznem. Odontoortopeda ustala fragmenty zapomocą prostego i dopasowanego łuku, a utraconą ciągłość kości zastępuje zapomocą międzyszczękowego ich sprzężenia. Przy takiem postępowaniu można bez żadnego nacisku manipulować na odłamkach szczęki i bardzo często jest zbytecznem wypełniać luki między kośćmi zapomocą protez. Prelegent używa protez tylko wtenczas, gdy chodzi mu o ochronę mniejszych odłamków kostnych, które w ten sposób dają się zachować. Bardzo wielkie znaczenie ma przytem plastyka części miękkich. W związku z wykładem przedstawia kol. Steinberg cały szereg fotografii, modeli i przeźroczy z przypadków, leczonych przez siebie. (Oklaski)

W dyskusyi zabierali głos kol. Kader i Ciechanowski.

Zast. sekr. Dr Michejda.

Wiadomości bieżące.

Kraków. Towarzystwo lekarskie krakowskie odbyło d. 20. VI. b. r, posiedzenie, na którem miał odczyt Dr Dadej o spostrzeżeniach nad tyfusem plamistym ze stanowiska klinicznego i bakteryologicznego (wartość odczynu Weila). W dyskusyi przemawiali koledzy: Blassberg, Kostrzewski, prof. Nitsch, prof. Godlewski, prof. Latkowski i Konwerski.

Następne posiedzenie odbędzie się we środę 27. VI. b. r.

— Dyrektorem krajowego szpitala św. Łazarza został mianowany Dr Józef Starzewski, dotychczasowy dyrektor powszechnego szpitala we Lwowie.

— Wydział krajowy rozpisuje konkurs na posadę dyrektora kraj. szpitala powszechnego we Lwowie. Podania należy wnosić do Wydziału krajowego w Krakowie (ul. Smoleńsk l. 10) w terminie do dnia 30 września 1917 r.

Odpowiedzialny redaktor:
Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Posiedzenie Towarzystwa lekarskiego krakowskiego odbędzie się we środę **d. 27. czerwca** 1917 o godzinie 6 wieczór **w Domu Towarzystwa (Radziwiłłowska 4).** Na porządku dziennym: 1) Prof. Latkowski: Demonstracye kliniczne; 2) Odczyt Dr Waltera: Reinfectio syphilitica.

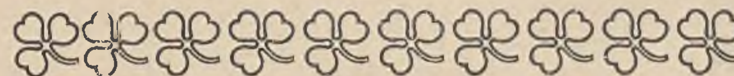
Nadesłane.

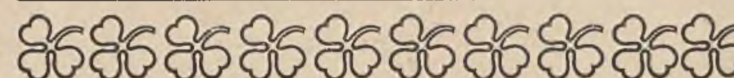












KONKURS.

Wydział krajowy rozpisuje niniejszem konkurs na posadę dyrektora kraj. szpitala powszechnego we Lwowie.

Podania należy wnosić do Wydziału krajowego w Krakowie (ul. Smoleńsk l. 10) w terminie do dnia 30. września 1917 r. załączając do nich:

1) metrykę urodzenia,

2) świadectwo przynależności,

3) dyplom doktora wszech nauk lekarskich uzyskany na jednym z Uniwersytetów monarchii austryacko-węgierskiej.

4) dowód z odbycia praktyki szpitalnej oraz ewentualne inne dokumenty, świadczące o odbytych studyach,

5) opis życia.

Pierwszeństwo będą mieli kandydaci obznajomieni z administracyą zakładów leczniczych.

Z posadą powyższą złączone są następujące pobory:

1) płaca roczna 6.400 (sześć tysięcy czterysta) Koron,

2) mieszkanie w naturze ewentualnie relutum wedle uznania Wydziału krajowego,

3) deputat opału i światła,

4) prawo do dwóch dodatków pięcioletnich i jednego trzyletniego po 800 (ośmset) Koron. 241

Wydział krajowy.

Treść:

Nakładem Towarzystwa lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell. pod zarządem J. Filipowskiego.